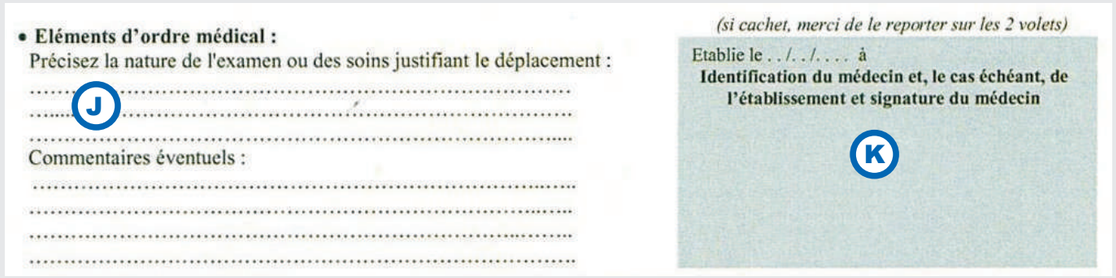


• **Eléments d'ordre médical :**
Précisez la nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement :
.....
.....
.....
Commentaires éventuels :
.....
.....
.....
.....

(si cachet, merci de le reporter sur les 2 volets)

Etablie le . . /. . /. . . . à
Identification du médecin et, le cas échéant, de l'établissement et signature du médecin

J

Précisez à l'attention du médecin conseil les éléments confidentiels (secret médical) permettant **de motiver la prescription de transport**

Vous pouvez motiver l'orientation dans un centre de référence dédié dans le cas d'une maladie rare

K

Identifiez-vous à l'aide de votre cachet d'identification, signez et datez votre prescription

! Veillez à tamponner les trois volets

! Pour les médecins salariés, précisez vos nom et prénom

Les renseignements administratifs, à compléter par l'assuré(e) ou son représentant

• **Merci de compléter ces informations à l'aide de la carte vitale ou de l'attestation**

. Le numéro d'immatriculation de l'assuré(e) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

. Les nom et prénom de l'assuré(e) *(à remplir si le bénéficiaire n'est pas l'assuré(e))* : .....

et le code de son organisme de rattachement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

. L'adresse du bénéficiaire du transport :.....

L

Cette zone est à compléter par le patient

Réassort : ● commandes sur www.ameli.fr
● tél : 0 811 709 049

Réalisation et impression : CPAM de Maine-et-Loire- Janvier 2013

La prescription médicale de transports - Cerfa S 3138c

LE MODE D'EMPLOI

LA SANTÉ PROGRESSE **AVEC VOUS**

Ambulance VSL

Transports en commun

Taxi

Voiture particulière

Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
MAINE-ET-LOIRE

La prescription médicale de transports

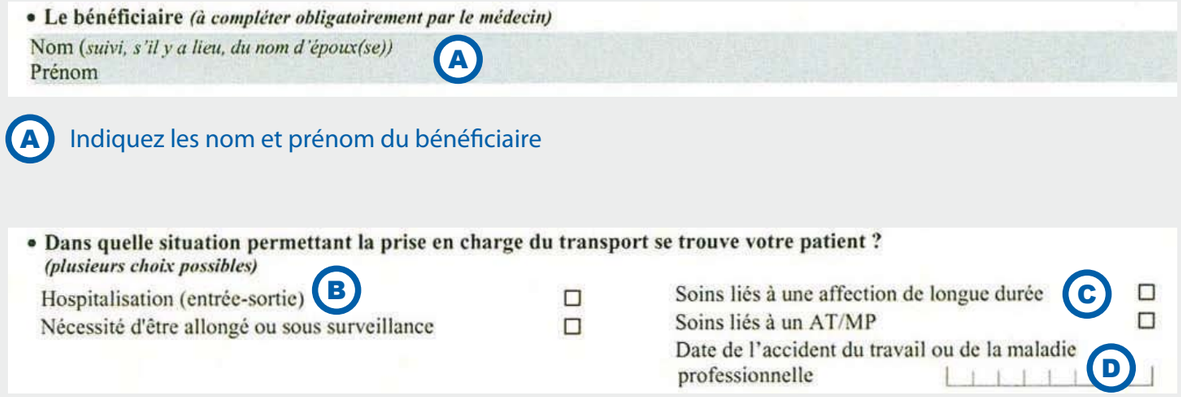
Ce formulaire de prescription (S 3138c) est à utiliser pour tout transport sauf si votre patient :

- nécessite un transport supérieur à 150 km aller
- nécessite au moins 4 transports de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour le même traitement (transport en série)

Dans ces 2 cas, vous devrez utiliser le formulaire de demande d'accord préalable (S 3139c) valant prescription.

Attention :

- Seules les prescriptions médicales rédigées sur un formulaire Cerfa sont acceptées
- Si vous corrigez dessus ou raturez, merci de contresigner
- Utilisez de préférence un stylo bille pour remplir ce formulaire (le feutre ne permet pas le duplicata)
- La prise en charge sera refusée si les informations sont incomplètes ou imprécises


• **Le bénéficiaire** *(à compléter obligatoirement par le médecin)*

Nom (*suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)*) **A**

Prénom

A Indiquez les nom et prénom du bénéficiaire

• **Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?** *(plusieurs choix possibles)*

Hospitalisation (entrée-sortie) **B** ☐ — Soins liés à une affection de longue durée **C** ☐

Nécessité d'être allongé ou sous surveillance ☐ — Soins liés à un AT/MP ☐

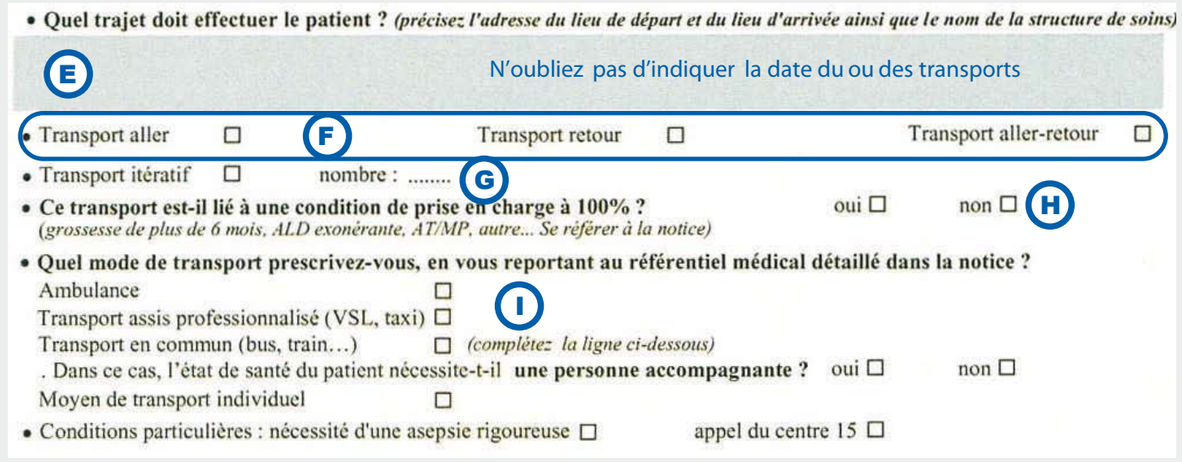
Date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle **D** |_|_|_|_|_|_|

B Hospitalisation du patient (qu'elle soit complète, partielle ou ambulatoire) : préciser «URGENCE » le cas échéant

C Soins liés à une affection de longue durée.
Lorsque votre patient souffre d'une ALD exonérante ou non exonérante (art 324-1) avec une déficience ou une incapacité prévue par l'arrêté du 23/12/2006 et que le transport est en lien avec cette affection

> **Attention :**
> - L'invalidité n'entraîne pas, à elle seule, la prise en charge du transport
> - Si «ALD en cours », le préciser dès lors que le protocole a été adressé au service médical

D Soins liés à un AT/MP
Précisez impérativement la date de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle (inscrits sur la feuille de soins ref. 6201 présentée par le patient)


• **Quel trajet doit effectuer le patient ?** *(précisez l'adresse du lieu de départ et du lieu d'arrivée ainsi que le nom de la structure de soins)*

E N'oubliez pas d'indiquer la date du ou des transports

• Transport aller ☐ **F** Transport retour ☐ Transport aller-retour ☐

• Transport itératif ☐ nombre : ..... **G**

• **Ce transport est-il lié à une condition de prise en charge à 100% ?** oui ☐ non ☐ **H**
(grossesse de plus de 6 mois, ALD exonérante, AT/MP, autre... Se référer à la notice)

• **Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?**

Ambulance ☐

Transport assis professionnalisé (VSL, taxi) ☐ **I**

Transport en commun (bus, train…) ☐ *(complétez la ligne ci-dessous)*

. Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il **une personne accompagnante ?** oui ☐ non ☐

Moyen de transport individuel ☐

• Conditions particulières : nécessité d'une asepsie rigoureuse ☐ appel du centre 15 ☐

E Indiquez l'adresse du lieu de départ et d'arrivée, le nom du service ou du spécialiste et le nom de la structure de soins ainsi que la (les) date(s) prévisible(s) du ou des transport(s)

> **Exceptionnellement**
> Si vous avez convoqué votre patient dans votre établissement public ou privé pour soins, consultation ou diagnostic, et que le transport n'a pas été prescrit préalablement à l'acte, dès lors que vous validez, lors de l'examen ou les soins, le moyen de transport adapté à l'état de santé du patient alors vous devez préciser "Convoqué par nos soins".

F Choisissez impérativement le type de transport

G Si plusieurs transports à moins de 50 kms sont nécessaires, cochez la case "transports itératifs" et précisez impérativement leur nombre (exemple dans le cas de dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...)

> Si vous ne spécifiez pas de nombre, la prescription médicale ne sera valable que pour 1 transport (Par exemple, la mention : "transports sur 6 mois" n'est pas recevable)

> Le mode de transport peut être révisé en cours de traitement selon l'évolution de l'état de santé du patient (ex : TAP puis VP)

H Cochez "oui" pour les transports en rapports avec une ALD exonérante (liste des 30 maladies ou ALD hors liste). Pour rappel, l'ALD ne justifie pas la prise en charge à 100 %, il existe des ALD non exonérantes.

> La prise en charge à 100 % est limitée aux cas énoncés dans la notice d'accompagnement du formulaire (1er volet)

I Vous prescrivez le mode de transport au regard de l'état de santé et de l'autonomie du patient en vous reportant au référentiel médical qui figure dans la notice jointe à la prescription médicale de transport. Dans le cas d'un transport en commun, vous devez préciser si votre patient nécessite une personne accompagnante.

Remarque : pour les personnes en ALD, sans déficience, les frais de transport en véhicule personnel ou transports en commun ne sont pris en charge que s'il y a une personne accompagnante.

> Les frais de la personne accompagnant en transports en commun un patient de moins de 16 ans ou un malade dont l'état de santé nécessite un accompagnement sont également pris en charge